

DEPARTAMENTO DE SALUD DE BETHLEHEM

Hoja De Consentimiento Informado Para La Vacuna De La Gripe / H1N1

Por favor complete y devuelva la forma

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Sexo:** H _____ M _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Por favor marque si o no a las siguientes preguntas:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. el/la paciente tiene alergias severas a los huevos? | Si | No |
| 2. el/la paciente alguna vez ha tenido una reacción mala a la vacuna de la gripe? | Si | No |
| 3. el/la paciente alguna vez ha tenido el síndrome de Guillian-Barre? | Si | No |
| 4. el/la paciente sufre de otras alergias? _____ | Si | No |
| 5. el/la paciente sufre de asma o ataques de asma frecuentes? | Si | No |
| 6. el/la paciente se encuentra bajo alguna tratamiento de aspirina? | Si | No |
| 7. el/la paciente ha recibido alguna de las siguientes vacunas MMR, Varicella, Yellow Fever, o FluMist en los últimos 30 días? Fecha _____ | Si | No |
| 8. el/la paciente sufre de algunos de los siguientes problemas de salud?
(Por favor marque) | Si | No |

Complicaciones Cardiacas Complicaciones de los pulmonías Complicaciones de lo riñones
Complicaciones metabólicas (ex. Diabetes) Otras: _____

- | | | |
|---|----|----|
| 9. la paciente se encuentra embarazada o lactando? | Si | No |
| 10. el/la paciente ha tenido contacto cercano con una persona que tenga problemas con el sistema inmune (ej., una persona que haiga tenido un trasplante de medula ósea). | Si | No |

Por favor describa: _____

He declarado a los Centros para el Control de la Enfermedad hojas informativas de la vacuna de prevención. He leído estos documentos y no tengo preguntas adicionales en este momento. Solicito y consiento voluntariamente que la vacuna de la gripe H1N1 sea administrada a persona nombrada arriba **de quien yo soy o soy el padre o apoderado legal.**

Deseo que yo o mi niño/a reciba (por favor escoge):

La vacuna de la gripe H1N1 La vacuna de la gripe (regular)

Firma: _____ **Fecha:** _____

OFFICE USE ONLY

Influenza Vaccine Given	Lot Number: _____	Injection Site: <u>L / R arm</u>
Dosage Volume: .25ml .5ml	Pre-filled	Intranasal
_____	_____	
Signature of vaccine administrator	Date	